



LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA EN UN CASO DE PREMATURIDAD

Silvia García Méndez

sgarciaox@unex.es. Universidad de Extremadura

Maria Isabel Fajardo Caldera

ifajardo@unex.es. Universidad de Extremadura

María Luisa Bermejo García

mbermejo@unex.es. Universidad de Extremadura

Fecha de recepción: 29 de enero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos tras la intervención de un programa individual de atención temprana, de una niña prematura de 2 años y 8 meses (32 meses). En un principio, se realizó una evaluación inicial con la aplicación de la escala de desarrollo de Brunet-Lezine revisado, para valorar sus necesidades desde el punto de vista psicológico. Se realizó la intervención durante un año y se volvió a evaluar a la niña. En los resultados se demuestra la eficacia de ese programa, pues se aprecia una mejora en el desarrollo en el que se han trabajado diferentes áreas cómo la psicomotricidad, el área cognitiva, el área de lenguaje y el área social.

Palabras Claves: atención temprana, prematuridad, programa individual, intervención precoz

ABSTRACT

This paper presents the results obtained after the intervention of an individual program of early intervention, a premature child of 2 years and 8 months (32 months). Initially, we performed an initial assessment to implementation of the development scale of Brunet-Lezine reviewed to assess their needs from the psychological point of view. Intervention was performed for a year and was re-evaluated the child. The results demonstrated the effectiveness of this program, because an improvement is seen in development in which different areas have worked how psychomotor, cognitive, language area and social area.

Keywords: early care, prematurity, individual program, early intervention



LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA EN UN CASO DE PREMATURIDAD

INTRODUCCIÓN

La atención temprana se contempla en la actualidad en todos los países del mundo como una atención global prestada al niño y a su familia, en los primeros meses y años de su vida, como consecuencia de alteraciones en su desarrollo, o bien por una situación de alto riesgo. Esta atención consiste en un tratamiento médico, educativo y social que influye directa o individualmente en el funcionamiento de los padres, de la familia y del propio niño.

Es necesaria la detección precoz de niños con discapacidad o con alteraciones del desarrollo y/o riesgo de padecerlo, e instaurar medidas adecuadas para su seguimiento y tratamiento durante los primeros años de vida.

Prematuridad

En los últimos años, los avances en el cuidado prenatal han sido espectaculares, pero al mismo tiempo, la edad de las madres en el momento del parto ha aumentado y se han desarrollado técnicas de reproducción asistida. Ambas situaciones, han determinado un incremento de embarazos múltiples abocados a un número mayor de nacimientos pretérmino.

La definición de prematuro es la de "recién nacido de edad gestacional (EG) inferior a 37 semanas (pretérmino) y de peso inferior a 2500 gramos. El niño prematuro nace con una "inmadurez" de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) lo que le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.). Es posible que un niño nazca a las 40 semanas con un peso igual al de un niño prematuro de 32 semanas; en este caso se trata de un bebé pequeño con relación a su edad gestacional.

No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en Neonatología. Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación a la edad gestacional (duración de la gestación en semanas).

En función de la edad de gestación se clasifica en: prematuro moderado, que tiene entre 36 y 31 semanas; prematuro extremo, entre 30 y 28 semanas y prematuro muy extremo, que nace antes de las 28 semanas. El peso del prematuro moderado, extremo y muy extremo suele ser inferior a 2500, 1500 y 1000 gramos respectivamente. Alrededor del 8% de los recién nacidos vivos son pretérminos (Figuera, 1998).

Las alteraciones motóricas tienen gran repercusión sobre el desarrollo global del niño puesto que la función motora posibilita a la persona comunicarse con su entorno físico, desplazándose dentro de él y manipulándolo (Fernández-Rego, 2004)

Atención temprana

Desde los años 70 del pasado siglo en Estados Unidos, en Europa y en particular en España se dan numerosas definiciones de la Atención Temprana (Bricker y Bricker, 1971; Hayden y Dmitriev, v. 1975; Shearer et al., 1976; Hanson, 1977; Dunst, 1998; Guralnick, 1998; Villa-Elizaga, 1976; Coriat, 1977; Gútiérrez et al., 1993; Candel, 1998).

El Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) la define en España como "el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños en su desarrollo o que tienen el riesgo de producirlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar".



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

Existen dos supuestos principales que proporcionan el fundamento de la atención temprana: por un lado, el hecho de que los problemas genéticos y biológicos pueden ser superados o atenuados; y por otro, la experiencia temprana es muy importante para el desarrollo de los niños.

Estudios clásicos como Infant Health and Development Program, (1990) demuestran que el 26% de niños de muy bajo peso que no han recibido estimulación tiene un cociente menor o igual a 70 a la edad de 3 años.

En nuestra Comunidad Autónoma existen dos Centros de Atención a la Discapacidad en Extremadura en los que se realiza la valoración de los niños susceptibles de recibir Atención Temprana. Disponen de treinta y tres servicios de Atención Temprana incluidos en entidades sin ánimo de lucro, en su mayoría concertadas por la Administración Pública. En estos servicios se ofrece una atención directa a las familias y los niños que tienen necesidad de recibir Atención Temprana. Además existen dos servicios de rehabilitación infantil, y ocho equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana, que actúan en el ámbito educativo (equipo atención temprana de Mérida, 2009).

Proponemos tres argumentos teóricos que son la base del desarrollo de los programas de atención temprana (Candel, 2003).

- 1.- Los niños con problemas de desarrollo necesitan una experiencia temprana mayor y/o diferente que los niños sin problemas.
- 2.- Son necesarios programas que cuenten con personal especializado para ayudar a proporcionar la experiencia temprana requerida para compensar las dificultades del desarrollo.
- 3.- El progreso evolutivo mejora en los niños con problemas que participan en los programas de Atención Temprana.

El estudio de la eficacia de la intervención es una de las áreas de investigación que interesa en la atención temprana. Por ello, nuestro estudio se ha basado en evaluar el caso de una niña prematura y en aplicar un programa educativo para ver la evolución en las áreas fundamentales de su desarrollo.

METODOLOGÍA

Historia del caso

El caso que exponemos se contextualiza en Extremadura (Badajoz), en el Servicio de Atención Temprana. Los datos aportados son anónimos y se basan en la observación, evaluación e intervención de un caso después de la aplicación de un programa individual de atención durante un período de un año.

La metodología está basada en un estudio etnográfico de un caso único de una niña prematura melliza, cuya gestación fue de 31 semanas, pesando 1800 gramos. En el momento de la evaluación inicial, la niña tenía una edad cronológica de 1 año y 7 meses (19 meses) y en la evaluación actual final, la niña tiene una edad cronológica de 2 años y 8 meses (32 meses).

El motivo del ingreso en el servicio de atención temprana para recibir tratamiento fue por ser una niña de alto riesgo por prematuridad. En el estudio hemos pasado por las siguientes fases:

Inicio

El médico pediatra en el momento del nacimiento, le indica a la familia la posibilidad de ir al CADEX (Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura) para que la niña sea derivada y pueda recibir apoyo del servicio de atención temprana.

Una vez derivada, la coordinadora del Servicio de Atención Temprana, se pone en contacto



LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA EN UN CASO DE PREMATURIDAD

con la familia y les cita para la realización de una evaluación inicial. En esta primera toma de contacto, se realiza una entrevista inicial a la familia para recoger datos de la situación socio familiar y del desarrollo, desde su nacimiento hasta el momento actual. Se recoge la documentación (informes médicos, escolares y/o sociales), y se entrega el contrato de ingreso. Al final, se abre un expediente personal que contiene la ficha de acogida, de seguimiento, y la información de la familia.

Primera evaluación

Se procede a realizar la evaluación inicial a la niña, donde se recogen los datos sobre su desarrollo evolutivo, incluyendo la anamnesis hecha a los padres en la entrevista inicial. Se recaba información utilizando las herramientas siguientes:

- Observación directa de la niña
- Aplicación de pruebas estandarizadas para valorar las necesidades desde el punto de vista psicológico (escala de desarrollo de Brunet-Lezine Revisado) hasta los 30 meses.
- Aplicación de escalas de desarrollo (elaboradas por los profesionales del servicio, donde se evalúan las áreas). Se utilizan observaciones de la pequeña en otros contextos.

Seguimiento

Una vez realizada la primera valoración con el informe, se elabora el programa o plan individual de atención con el tratamiento y seguimiento durante un periodo de tiempo hasta la siguiente valoración. La modalidad de intervención en el centro se planifica individualmente y se programa considerando las necesidades y posibilidades de la niña en todas las áreas del desarrollo: Psicomotora Gruesa, Psicomotora Fina, Cognitiva, Comunicación y Lenguaje, y Social y del Juego. El programa se lleva a cabo en dos o tres sesiones semanales, de 50 minutos de duración. Se describe de una forma clara y precisa los objetivos a conseguir, las actividades a desarrollar por el niño, los materiales a utilizar por el terapeuta, y los procedimientos, estableciendo una temporalización flexible de los objetivos propuestos.

La evaluación es un proceso y debe incidir en todos los aspectos de la intervención, al igual que en la realización de ajustes en su programa. Se presenta en dos fases: continuada y final. La coordinadora realiza observaciones periódicas en la sesión y las registra a través de la ficha de seguimiento de su expediente personal.

Evaluación final

Tras un periodo de un año de intervención con el programa que se adjudicó al principio, se han conseguido muchas las habilidades explícitas. Se vuelve a evaluar su desarrollo con la aplicación de la misma prueba psicométrica inicial (Brunet Lezine-R), y se repiten aquellos ítems que no superó inicialmente, y se comprueba si se han mejorado o superado las habilidades o capacidades que puntuaban negativamente antes de comenzar la aplicación del tratamiento o programa (PIA) con el seguimiento oportuno.

ANÁLISIS DE DATOS

En este apartado exponemos la evaluación inicial de la niña con riesgo por prematuridad, y la aplicación de un programa de intervención durante un año y la evaluación final



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

Datos obtenidos de la evaluación inicial

A continuación facilitamos dos tablas comparativas en las que presentamos la puntuación tras la aplicación de la prueba psicométrica Brunet Lezine –R,S que alcanza un niño con un desarrollo normal y la evaluación inicial de la niña prematura con una edad cronológica de 19 meses

En primer lugar se presentan los resultados obtenidos por un niño con un desarrollo normal:

Tabla 1: Puntuación obtenida del test Brunet Lezine –R, revisado en un niño sin problemas con 19 meses

| | Psicomotricidad | Cognitiva | Lenguaje | Social | Global |
|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Puntuación | 52 | 71 | 36 | 35 | 194 |
| Edad de Desarrollo en meses | 19 | 19 | 19 | 19 | 19,12 |

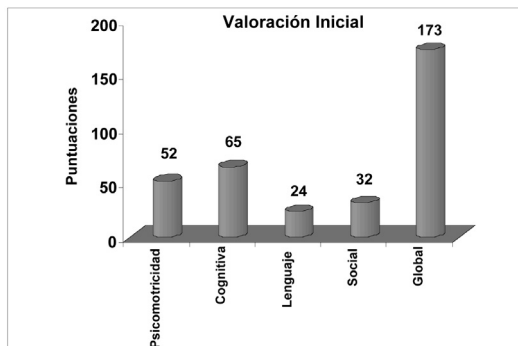
Se exponen los resultados alcanzados en la primera valoración de la misma prueba psicométrica a la niña prematura objeto de este estudio a los 19 meses:

Tabla 2: Puntuación obtenida del test Brunet Lezine –R, revisado en la niña prematura con 19 meses

| | Psicomotricidad | Cognitiva | Lenguaje | Social | Global |
|-----------------------------|-----------------|-----------|-----------|--------------|------------|
| Puntuación | 52 | 65 | 24 | 32 | 173 |
| Edad de Desarrollo en meses | 20 | 17 | 14 | 18;15 | 17 |

El gráfico que se obtiene en la evaluación inicial de la niña es el siguiente:

Gráfico 1. Resultados cuantitativos obtenidos en la primera valoración



Como se observa en el gráfico 1 según los baremos establecidos en la prueba, en la primera valoración la niña tiene una puntuación de 52 puntos en el área psicomotora, lo que equivale a una



LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA EN UN CASO DE PREMATURIDAD

edad de desarrollo (ED) de 20 meses, en el área cognitiva obtiene una puntuación de 65 puntos (ED= 17 meses), en el área de lenguaje y comunicación consigue una puntuación de 24 puntos (ED= 14 meses) y por último en el área social llega a tener 32 puntos (ED= 18; 15 meses). Es en el área lingüística donde presenta cierto desfase y el resto de áreas coinciden con edad cronológica (19 meses) por lo que se solicitó una continuación de tratamiento, hasta llegar a conseguir la aparición del lenguaje oral como modalidad comunicativa.

A continuación, considerando la edad de desarrollo de la niña en las diferentes áreas, se analizaron los resultados y se elabora un Plan de desarrollo individual.

Aplicación del plan de desarrollo individual

Se trabajan todas estas las áreas durante 12 meses que exponemos en la tabla nº 3:

Aplicación del plan de desarrollo individual

Se trabajan todas estas las áreas durante 12 meses que exponemos en la tabla nº 3:

| ÁREAS | | FECHA INICIAL: 2011 |
|-------------------------|---------------------------------------|---|
| PSICOMOTRICIDAD | NORMALIZAR EL TONO MUSCULAR: | - Realizar movimientos de miembros inferiores y superiores y de tronco |
| | AUMENTAR EL EQUILIBRIO | CONTROL POSTURAL: Jugar en cuclillas REACCIONES DE EQUILIBRIO Y ENDERAZAMIENTO: Llevar un recipiente sin verter su contenido |
| | AUMENTAR LA COORDINACIÓN MOTRIZ | - Saltar desde diez cm. de alto - Saltar en el sitio con ambos pies a la vez EN DESPLAZAMIENTOS: Correr, cambiar de dirección |
| | AUMENTAR LA PRECISIÓN MANUAL | - Sacar y meter piezas en soportes de dos y cuatro ángulos |
| | | - Enroscar/Desenroscar |
| | | - Ensartar en hilo semiflexible |
| | | - Con Plastilina: Pellizcar y aplastar |
| COGNITIVA | AUMENTAR LA DISCRIMINACIÓN PERCEPTIVA | - Rasgar papel |
| | | - Pegar/despegar gomets (Libremente en un papel) |
| | | - Picar con punzón libremente en un papel |
| | | - Realizar construcciones con 3 cubos |
| | | AUMENTAR GRAFOMOTRICIDAD |
| | | - Colorear: un papel con límite físico |
| LENGUAJE Y COMUNICACIÓN | AUMENTAR LA COMPRENSIÓN | - Formar encajables independientes de 8 piezas |
| | | - Formar encajables dependientes de más de 2 piezas |
| | | - Realizar lotos de 4 a 6 imágenes |
| | AUMENTAR LA EXPRESIÓN | - Designar tamaños y colores: amarillo, rojo, azul, verde |
| | | - Vocabulario: localizar por campos semánticos |
| | | - Consignas Semicomplejas: Seguir órdenes de un objeto |
| | DESARROLLAR EL USO | - Pronunciar la última sílaba de una palabra tras suspensión |
| | | - Dar besos sonoros |
| | | - Soplar objetos |
| | | - Utilizar la holofrase |
| SOCIAL | AUMENTAR LA IMITACIÓN | - Función imperativa (petición) : usando una palabra |
| | | - Función vocativa: usa "papá-mamá" para llamar su atención |
| | | - Función de respuesta: Si/No |
| | AUMENTAR EL JUEGO | - Hacer preguntas utilizando una sola palabra con entonación adecuada |
| | | - Imitar modelos (posición o acción) vistos en una imagen |
| | | - Participar en canciones imitando gestos y palabras |
| | | - Imitar resultados: Silla y puente de 3 cubos |
| | | - Juego Simbólico: Que otros hagan acciones seguidas |
| | | - Juego de reglas: Respetar el turno de participación |
| | | - Beber en vaso, sosteniéndolo con una mano y sorber |
| | | - Comer con cuchara con prensión supina |
| | | - Lavarse / Secarse las manos |



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

Evaluación Final

Una vez que se ha trabajado las diferentes áreas durante un periodo de un año, se vuelve a valorar su desarrollo aplicando la misma prueba psicométrica inicial, para comprobar que ha habido una mejora, y por lo tanto deducir que el programa aplicado es eficaz.

Al igual que en la evaluación inicial establecemos dos tablas comparativas para ver la evolución de un niño con desarrollo normal y la niña con prematuridad.

La evaluación final de un niño con desarrollo normal:

*Tabla 4.- Puntuación obtenida en un niño promedio
con una edad cronológica de 30 meses*

| | Psicomotricidad | Cognitiva | Lenguaje | Social | Global |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------|-----------|------------|
| Puntuación | 72 | 104 | 73 | 51 | 300 |
| Edad de Desarrollo en meses | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |

Expuestos los resultados de un niño promedio, presentamos las puntuaciones alcanzadas en la intervención de la niña prematura:

*Tabla5.- Puntuación obtenida en la niña prematura
a la edad cronológica de 32 meses*

| | Psicomotricidad | Cognitiva | Lenguaje | Social | Global |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------|-----------|------------|
| Puntuación | 66 | 104 | 61 | 51 | 282 |
| Edad de Desarrollo en meses | 27 | 30 | 26 | 30 | 28 |

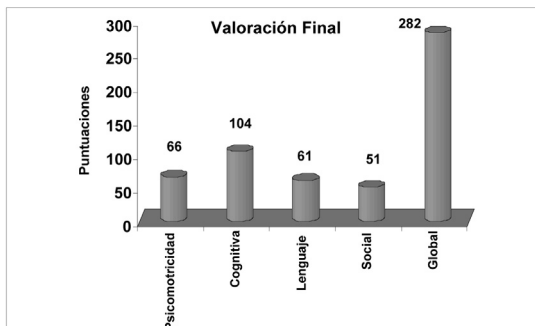
Como podemos observar en la tabla 5, las puntuaciones con respecto la tabla 2 se incrementan en todas las áreas de desarrollo, y la niña obtiene 66 puntos en el área psicomotora (ED = 27 meses), en el área cognitiva 104 puntos (ED = 30 meses), en el área de lenguaje 61 puntos (ED = 26 meses) y en el área social 51 puntos (ED = 30 meses) con una puntuación global de 282 puntos, correspondiente a una edad de desarrollo de 28,06 meses.

En el gráfico 2 se observan las puntuaciones obtenidas después de haber realizado el programa de intervención:



LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA EN UN CASO DE PREMATURIDAD

Gráfico 2. Resultados cuantitativos obtenidos en la valoración final.



Teniendo en cuenta que la niña en la valoración final tiene una edad cronológica de 32 meses, se infiere que durante el año de tratamiento, el desarrollo de la niña ha mejorado. Las habilidades cognitivas y sociales coinciden con su edad cronológica, las habilidades psicomotoras se acercan a su edad corregida (27 meses); es la habilidad referida al área del lenguaje en la que se observa cierto desfase (26 meses). Parece pues haberse igualado su desarrollo con lo esperado para su edad real.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación detallamos las puntuaciones obtenidas y las habilidades desarrolladas por la niña correspondiente a su edad de desarrollo. Para ello tenemos en cuenta la edad cronológica en los diferentes momentos de la evaluación, 19 meses en la evaluación inicial y 32 meses en la evaluación final.

Al desglosar cada una de las áreas trabajadas y evaluadas, los resultados obtenidos se pueden sintetizar de la siguiente manera:

- Área psicomotora general: En la evaluación inicial obtiene una puntuación de 52, que corresponde a una edad de desarrollo de 20 meses y está dentro de la normalidad según su edad. Las habilidades adquiridas son las que tendría un niño con su edad: andar deprisa, mantenerse de puntillas, caminar entre dos líneas de treinta centímetros entre una y otra, caminar en círculo, caminar de puntillas, correr, precisión manual y coordinación oculo-manual para meter monedas en una hucha, ensartar en palo, enroscar/desenroscar, utilizar la pinza (pinchos, encajables), apilar seis cubos, realizar construcciones con tres cubos y colorear en papel con límite físico. Una vez establecidas las habilidades conseguidas según su edad de desarrollo, se trabajan las correspondientes a un rango de edad entre los 20 y 24 meses.

En el área de psicomotricidad en la valoración final, las puntuaciones alcanzadas en la prueba son de 66 puntos, que corresponde una edad de desarrollo de 27 meses. Tiene un retraso de cinco meses con respecto a su edad cronológica. Consigue saltar desde 10 cm de altura, subir y bajar escaleras sola y alternando pies, coger una pelota con los brazos extendidos a un metro de distancia, chutar el balón a tres metros, jugar en cuclillas, andar en desnivel, sacar y meter piezas en soportes de dos y cuatro ángulos, realizar líneas horizontales y verticales en un tablero de pinchos, ensartar en hilo flexible e insertar puzzles de dos piezas, que es lo que habría adquirido un niño normal de 24 -32 meses.



PSICOLOGÍA Y VALORES EN EL MUNDO ACTUAL

- Área Cognitiva: En la evaluación inicial realizada, la niña alcanza los 65 puntos, lo cual corresponde a una edad de desarrollo de 17 meses, se aproxima bastante a su EC, (edad cronológica) con lo cual tiene adquiridas las habilidades de un niño normal con 16-18 meses. Según la escala, ya ha logrado conseguir los siguientes ítems: clasificar y designar objetos reales, fotos e imágenes, formar encajables independientes de cuatro piezas y dependientes de dos piezas y buscar objetos escondidos fuera de su campo visual.

En la evaluación final obtiene una puntuación de 104 puntos, que corresponde a una ED de 30 meses, muy próxima a su edad real. Las habilidades adquiridas se igualan a las de un niño con un desarrollo normal con un rango de edad entre 24-32 meses. Así puede realizar lotos de 6 a 10 imágenes, designar y denominar conceptos (grande/pequeño, rojo/azul/amarillo/verde), formar encajables independientes de 10 piezas y reproducir canciones parcial o totalmente.

- Área de comunicación y lenguaje: En la evaluación primera la niña obtiene una puntuación de 24 puntos que corresponde a una edad de desarrollo de 14 meses. En esta área presenta un retraso mayor en su desarrollo con respecto a su EC. Las habilidades adquiridas pertenecen a una edad de 12-14 meses cómo: nombrarle e identificar un objeto entre seis, seguir órdenes de una acción, localizar por su nombre las partes del cuerpo, señalar desde lejos para pedir, soplar y dar besos sonoros. Un niño normal con su EC tiene adquiridas habilidades pertenecientes a una edad de 18-20 meses: responder a preguntas (sí/no, ¿qué es?, ¿quién es?, ¿qué hace?), utiliza frases de dos elementos y hace preguntas utilizando una sola palabra con la entonación adecuada.

En la valoración final consigue 61 puntos en esta misma área, perteneciente a una edad de desarrollo de 26 meses. Existe cierto desfase en el área del lenguaje ya que ha asimilado habilidades correspondientes al rango de edad entre 18-20 meses. Un niño normal con una edad de 32 meses, desarrolla habilidades de 24-32 meses según la escala, como: utilizar frases de tres elementos, concordar el género entre los elementos de una frase, expresar deseos con palabras (imperativos), mostrar y compartir con palabras (declarativos), utilizar artículos determinados e indeterminados, utilizar preposiciones (a, para, de) y adjetivos calificativos, usar el plural y referirse a sí mismo utilizando su nombre.

- Área social: Al principio obtiene una puntuación de 32 puntos, equivalente a una edad de desarrollo de 18 meses y 15 días. Se ajusta a su edad cronológica, no existe desfase en el área. La niña ha desarrollado habilidades correspondientes a una edad de 18-20 meses, y coincide con las habilidades que habría desarrollado un niño normal de su misma edad, cómo: responder, iniciar, mantener y terminar relación social con adultos, mostrar iniciativa y espontaneidad en realizar actividades, imitar actividades sencillas de adultos, uso del juego simbólico (realizar acciones cotidianas sobre otro o sobre un muñeco, usando el objeto real o miniatura), ayudar a guardar los juguetes y respecto a la autonomía ponerse prendas pequeñas.

Con respecto a la evaluación final obtiene una puntuación de 51 puntos correspondiente a una ED de 30 meses. Las habilidades adquiridas actualmente, coincidiendo con el desarrollo de un niño normal, se encuentran en el rango de edad entre 24-32 meses: muestra interés por los iguales estableciendo relaciones con los mismos, reacciona adecuadamente ante las emociones de los demás (enfado/alegría), en el juego simbólico hace que los otros hagan acciones seguidas sin relación temporal y con respecto a la autonomía bebe sola de un vaso sosteniéndolo con una mano, come con cuchara y se quita el abrigo.

CONCLUSIONES

Como conclusión de la intervención realizada, podemos afirmar que la niña ha desarrollado habilidades que se acercan a la edad de un desarrollo normal para su edad cronológica.



LA EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA EN UN CASO DE PREMATURIDAD

Se infiere que en ambas evaluaciones (inicial y final) consigue unas puntuaciones globales que sitúan su desarrollo dentro de la normalidad establecida, aproximándose a su edad real.

En la evaluación inicial, obtiene una puntuación de 173 puntos lo que corresponde a 17 meses, con un desfase de dos meses en cuanto a su EC (edad cronológica) y en la evaluación final, una puntuación de 282 puntos que equivale a 28 meses, con una diferencia de cuatro meses con respecto a su EC. El retraso no es significativo para la creación de signos de alerta y en un futuro próximo, la niña puede llegar a coincidir su desarrollo actual con el que equivalente a su edad real.

El desfase en el área de lenguaje no es relevante en el rango de edad que se encuentra, por lo que se tienen expectativas de que se desenvuelva con normalidad en su desarrollo inmediato, más concretamente con la entrada en el periodo de escolarización.

Hemos comprobado que la aplicación de un plan individual de atención es eficaz y ayuda a la mejora y aumenta las competencias en las diferentes áreas, por lo que se ha conseguido el objetivo principal planteado.

La atención temprana busca alcanzar el desarrollo integral del niño, que logre lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas. Se trata de impulsar el desarrollo de su inteligencia, de la motricidad, de su personalidad. Cumple una función muy importante para modelar el futuro de los niños, es un pre requisito para alcanzar algo de nuestro total potencial como seres humanos. Según las condiciones en que se realice la formación de los niños, el mundo para ellos podrá ser distinto.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonilla, D., Rodríguez, R.M., Viaondo, M. (2009). La Atención Temprana en el CADEX de Cáceres. Revista Extremeña de Atención Temprana. AITE (Asociación de Intervención Temprana de Extremadura), 1, 14.
- Denise, J. (1997). Brunet Lézine Revisado. Escala de Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia. Madrid: Psymtec
- EDA3 (2010). Escala de Desarrollo de Aposuba 3 (inédita). Badajoz
- Equipo atención temprana de Mérida (2009). Los equipos de Atención Temprana (E.A.T.). Revista Extremeña de Atención Temprana (AITE). Olivenza (Badajoz) 1, 27-32. cprnaval.moral.juntaextremadura.net/semInfantil/Revista%20AITE1Carlos%20Pajuelo.pdf.
- Grupo de atención temprana (GAT) (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Autor.
- Infant Health and Development Program (1990). Enhancing the outcomes of low-birth-weight premature infants: A multisite, randomized trial. JAMA, 263, 3035-3042.
- Narberhaus, A. y Segarra, D. (2004). Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro, Anales de Psicología 20, 2, 317-326.
- Perera, J. (2011). Atención temprana: definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados, Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down. 111, 140 – 152.
- Roqués, V, Moya, F.R y Murgía, T. (2005). Manual para padres con niños prematuros. Ibáñez & Plaza. Madrid.